

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE 807

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis-Georges-Eugène SERRE

Né le 27 Décembre 1913 à Anglards-de-Salers (Cantal)

SUR UN CAS
d'abcès pneumococciques bilatéraux du rein
avec anurie mortelle

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Louis-Georges-Eugène SERRE

Né le 27 Décembre 1913 à Anglards-de-Salers (Cantal)

SUR UN CAS

**d'abcès pneumococciques bilatéraux du rein
avec anurie mortelle**

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FLESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . .	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON . . .	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MH J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS . . .	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.
VAUDESCAL	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale.
ECALLE	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*L'orgueil de ma vie serait d'être digne des
exemples qu'ils n'ont cessé de me prodiguer.*

A MA SŒUR

A LUCIEN ET SUZANNE SERRE, MÉS AMIS

A MON FILLEUL GÉRARD

A M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de Clinique des Maladies
Infectieuses à la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard
Officier de la Légion d'Honneur

*Qu'il veuille trouver ici les remerciements que
nous lui devons pour le grand honneur qu'il
nous fait en acceptant de présider notre thèse.*

A M. LE DOCTEUR RENÉ MOREAU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hospice de Bicêtre
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a donné le sujet de cette thèse, en
témoignage de notre admiration.*

A M. LE DOCTEUR JULES MILHIT

Médecin de l'Hôpital Bretonneau
Officier de la Légion d'Honneur

*Auprès de qui nous avons toujours trouvé l'ac-
cueil le plus amical en témoignage de notre
respectueux dévouement.*

A M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Nous lui devons le meilleur de ce que nous
savons tant en anatomie qu'en embryologie.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

1932-1933 :

M. LE PROFESSEUR R. GREGOIRE

M. LE PROFESSEUR D. BEZANÇON

1933-1934 :

M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

M. LE PROFESSEUR LESNÉ

EXTERNAT :

1934-1935 :

M. LE PROFESSEUR MATHIEU

1935-1936 :

M. LE DOCTEUR ETIENNE MAY

1936-1937 :

M. LE DOCTEUR J. MILHIT

1937-1938 :

M. LE DOCTEUR R. MOREAU

1938-1939 :

M. LE DOCTEUR J. ROUGET

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ

M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

M. LE DOCTEUR GARRELON (IN MEMORIAM)

A MES MAÎTRES

MM. LES DOCTEURS :

DELARUE, CHEVALLEY, DESSAINT,
MICHON, FÈVRE, PADOVANI
GÉRARD-MARCHANT, BOUDREAUX,
OLLIVIER, Mme ZAGDOUN, MM. FOUQUET,
DEPARIS, BOUDIN,
MAILLARD, LEMARIEY.

A MES AMIS

LES DOCTEURS J. MATHIEU, A. COQUERELLA,
P. MARTY

A MES CONFÉRENCIERS

MM. MIALARET, J. C. RUDLER,
POUMEAU-DELILLE, LAFITTE,
JEAN BERNARD, TURIAF, MATHEY

A MES AMIS ET CAMARADES D'ÉTUDES

Mmes COLETTE ANDRIEUX, JOSÉ DE JONG,
Mlles ALICE DOUMIC, J. M. ADLER,
MM. J. ROUGET, J. DELATOUR,
DOCTEUR A. BARNIER, FAUTHOUS.

A TOUS MES AMIS

*... croire à la médecine serait la
suprême folie, si n'y pas croire n'en
était une plus grande, car de cet
amoncellement d'erreurs se sont dégagées à la longue quelques vérités.*

(MARCEL PROUST).

Nous devons beaucoup à notre maître le Docteur Moreau, pendant un an d'externat à Bicêtre, il nous témoigna une constante et indulgente bienveillance, il nous apprit tout à la fois la clinique la plus fine et cet esprit de scepticisme omni-croyant qui lui semblent une nécessité dans la pratique de l'art médical.

Nous ne pensions point sitôt le remercier de nous fournir un sujet de thèse et surtout de le traiter d'une façon si indigne de son enseignement et de celui de nos autres maîtres des hôpitaux de Paris, mais les circonstances actuelles font que la célérité de sa confection est la première qualité d'une thèse.

INTRODUCTION

Ces dernières années l'étude des anuries a réalisé de remarquables progrès.

Cependant à l'heure actuelle, nombre d'anuries demeurent sans explication.

Il nous a été donné d'observer dans le service de notre maître le Docteur Moreau un de ces cas d'anurie.

Toute la symptomatologie s'est réduite pendant les quatre jours où nous avons pu observer la malade à une anurie complète avec azotémie élevée.

Cette anurie est restée sans explication jusqu'à l'examen nécropsique.

Celui-ci nous montra l'existence d'abcès du parenchyme rénal, abcès pneumococciques, qui ne se traduisent en clinique par aucune manifestation générale, l'absence totale de signes infectieux.

Par ailleurs le caractère absolument isolé de cette manifestation pneumococcique, l'absence de toute autre localisation nous ont paru dignes d'attention.

Peut-être l'existence de tels faits permettrait-elle d'expliquer certaines anuries sans cause cliniquement appréciable.

Nous nous proposons donc de rapporter l'observation de cette malade atteinte d'abcès rénaux avec anurie.

HISTORIQUE

L'historique des abcès du rein nous fait remonter aux premiers âges de la médecine, Hippocrate, Galien, Avicenne signalent cette affection.

Ambroise Paré en 1575 veut voir leur cause dans « un certain état humoral ».

Klebs en 1869, le premier fait la preuve de l'existence de germes microbiens dans ces affections du rein.

Albarran enfin, prouve qu'au cours d'une bactériémie, il est possible de provoquer par le traumatisme de la région lombaire, une suppuration rénale. Depuis ces lésions suppurées du parenchyme rénal sont bien connues.

En France, Albarran, Marion, Chevassu, Calot, Huguier dans sa thèse en 1939, apportent à cette étude leur contribution.

A l'étranger il faut citer les noms de Moore, Policenigo, Zinn.

Cependant la classification reste encore imprécise. Nous adopterons celle adoptée par Huguier dans sa thèse :

- 1) Abscès localisés et collectés ;
- 2) Abscès localisés non collectés ;
- 3) Abscès non localisés.

L'étiologie de ces abscesses est essentiellement variable ainsi que le germe en cause. Le plus souvent (59 % des cas) il s'agit de staphylocoques.

Plus rarement il s'agit de colibacilles streptococques, exceptionnellement ces abscesses sont éberthiens.

Deux observations seulement signalent des abscesses pneumococciques.

Habituellement ces abscesses multiples sont corticaux.

Ce rappel nous permettra d'insister sur les particularités propres à la maladie que nous avons observée.

OBSERVATION

Madame Gui....., Lucie, âgée de vingt-sept ans, entre le 31 août 1939 dans le service du Docteur Moreau à l'hospice de Bicêtre, pour anurie.

Le début de la maladie est assez imprécis, il semble cependant qu'il peut se situer dans la première semaine du mois d'août.

A cette époque, en effet, la malade signale un épisode infectieux qualifié par elle : grippe, dans lequel le symptôme dominant est : une rachialgie qui dure quelques jours.

L'interrogatoire de la malade à l'hôpital est rendu difficile par l'état de subcoma où elle se trouve, son extrême asthénie.

C'est dire qu'on ne peut préciser si la malade a présenté de l'hyperthermie. Le seul renseignement tiré de l'entourage révèle, dans les quinze jours qui ont précédé l'entrée de la malade dans le service, l'existence de vomissements fréquents.

Le symptôme essentiel : l'anurie semble remonter à huit jours (une paye dit la malade). Anurie com-

plète qui cependant n'inquiète ni la malade ni son entourage, et c'est seulement sa persistance, l'existence des vomissements et surtout l'apparition d'un subcoma qui la conduisent à consulter.

L'examen pratiqué le trente et un août montre : un subcoma, une torpeur assez modérée puisque la malade répond aux questions, réagit aux excitations extérieures.

L'état général est assez bien conservé en dépit de l'asthénie assez accusée de la malade.

La température à 37°5 le 31 août au matin, est le soir à 36°8.

Elle se maintiendra telle jusqu'au matin de la mort.

La respiration revêt par moment le rythme de Sheyne-Stockes, enfin notons que les pupilles sont en myosis serré.

Des vomissements abondants surviennent à maintes reprises dans la journée : vomissements de mucus gastrique, de bile.

L'anurie persiste, domine la symptomatologie, elle amène à pratiquer un sondage de la vessie.

Celui-ci ne retire pas d'urine, mais un pus franc, louable, bien lié, jaune verdâtre. La quantité retirée est de 10 cm³ environ.

Le reste de l'examen ne donne aucun renseignement.

Les lombes sont normaux, seule une vague douleur dans l'angle costo-vertébral, à la pression profonde.

L'abdomen est normal, pas d'ascite, le foie, la rate sont normaux.

Le cœur est normal, il n'y a pas le souffle, pas de frottement péricardique.

L'aire de sa matité reste dans les limites normales.

La tension artérielle est à :

maximum : 9,

minimum : 4,5.

L'auscultation pulmonaire ne décèle l'existence d'aucun signe anormal.

A l'examen la gorge est normale, pas d'angine, pas d'adénopathie sous-angulo-maxillaire.

Au toucher vaginal enfin rien à signaler.

L'examen bactériologique du pus est pratiqué :

Outre de très nombreux polynucléaires altérés, il montre la présence en grand nombre de diplocoques prenant le Gram, intra et extra cellulaires lancéolés, en flamme de bougie, encapsulés, pneumocoques typiques.

La culture sur bouillon examinée fait voir de courtes chaînettes de diplocoque sans capsule en flamme de bougie : il s'agit sans conteste de pneumocoques.

A cette date un dosage de l'urée sanguine montre un taux de 4 gr. 40.

La désorganisation amenée dans les services par l'état de guerre est seule cause que :

hémoculture

numération globulaire

n'ont pas été pratiquées.

Cet état se maintient sans aucun changement le 1^{er} et le 2 septembre.

Le 3 septembre l'anurie persiste.

Le subcoma est devenu un coma profond, la malade, inerte, ne répond plus aux questions.

Un nouveau dosage d'urée dans le sang donne le chiffre de :

urée : 5 grammes.

Le traitement a consisté dans la réhydratation de la malade.

Elle reçoit :

500 cm³ de sérum glucosé par voie intra-musculaire.

20 cm³ de sérum glucosé par voie intra-veineuse et quelques injections de solu-camphre.

Les vomissements continuent, cependant ils s'es-pacent et sont moins abondants.

Le 4 septembre la malade est dans le même état, une ponction lombaire pratiquée retire un liquide céphalo-rachidien de tension normale, liquide sanglant par piqûre veineuse.

Dans ce liquide on dose le taux de l'urée, il est de :
4 gr. 84

La mort survient le 4 septembre à 14 heures 30.

Nous noterons que le 4 septembre au matin, la température était à 35°8.

L'autopsie est faite le 6 septembre au matin.

Compte rendu de la vérification anatomique.

Le cadavre est déjà dans un état de putréfaction avancée.

On examine :

1) *Les organes thoraciques :*

Plèvres libres, sans adhérence.

Poumons : aux bases des lésions de splénisation, de congestion passive.

Le cœur est normal, le péricarde libre sans liquide, sans adhérence.

A la coupe tous les orifices et les valvules sont indemnes, on ne trouve aucune végétation.

2) *Les organes abdominaux.*

A l'ouverture très peu de liquide.

Le foie est d'aspect, de poids normaux.

La rate putréfiée est de poids normal.

Les reins sont très gros.

Le rein droit pèse 350 grammes.

Le rein gauche pèse 370 grammes.

Extérieurement on ne note aucune irrégularité de leur surface, ils ont leur couleur normale : rouge sombre.

Tout l'appareil uro-génital a été libéré et examiné.

Les uretères sur tout leur trajet ne présentent aucune malformation : il n'existe pas de coudure, pas de bride, pas de calcul.

Leur abouchement dans la vessie se fait normalement.

L'utérus est normal, vide, sans trace de lésions traumatiques quelconques.

Les reins ont été coupés.

A la coupe :

Le rein droit est semé de 6 abcès.

2 sont polaires supérieurs de la taille d'une pièce

de 2 francs, ils s'étendent sur la corticale, sur la médullaire.

A la partie moyenne 2 gros abcès arrondis occupent aussi substance médullaire et substance corticale.

2 abcès sont polaires inférieurs.

A gauche :

Lors des manœuvres d'extraction un des abcès plus important se rompt.

On compte 5 abcès.

L'un vidé ainsi qu'il a été dit, occupe la partie moyenne du rein.

Au pôle supérieur dans la partie interne, un petit abcès (diamètre d'une pièce de 0 fr. 50) occupe la seule corticale. Il voisine avec 2 abcès plus importants qui occupent à la fois corticale et médullaire.

Un abcès siège enfin au pôle inférieur.

Tous ces abcès contiennent un pus franc, louable, bien lié, verdâtre absolument identique d'aspect à celui recueilli par sondage vésical.

Les bassinets sont un peu distendus, ils contiennent le même pus que la vessie et les reins.

Il a été prélevé à la pipette un peu de pus pour examen cyto-bactériologique. Egalement on a pré-

levé un petit fragment du parenchyme rénal entourant l'un des abcès.

L'autopsie a enfin comporté l'examen des méninges et du cerveau : l'examen n'a montré aucune anomalie.

Le pus prélevé dans les abcès et examiné contient des pneumocoques,

de nombreux bacilles anaérobies de putréfaction.

Le même résultat est fourni par l'examen d'un frottis obtenu avec le parenchyme prélevé et qui, putréfié, n'a permis aucun examen anatomopathologique.

En résumé :

C'est une malade qui présente une anurie durant 12 à 15 jours (nous avons vu combien il a été difficile de fixer par l'interrogatoire le début de l'affection). Anurie avec azotémie progressive, azotémie massive comme en témoignent les chiffres successifs de :

4 grammes 40 le 1^{er} septembre,

5 grammes le 2 septembre,

4 gr. 84 le 3 septembre (ce dernier dosage fait dans le liquide céphalo-rachidien).

Azotémie traduite en clinique par :

les vomissements qui furent le premier symptôme ;

le subcoma bientôt coma avec respiration à type Sheyne-Stockes et myosis ;

l'hypothermie enfin puisque pendant son séjour à l'hôpital la température n'a jamais dépassé 36°8 et que le matin de la mort elle était à 35°8.

Cliniquement le tableau est donc dominé par :

l'anurie,

l'azotémie.

La preuve de l'anurie est faite par le sondage qui ramène du pus, c'est alors qu'on évoque le diagnostic d'abcès du rein que viendra confirmer 4 jours plus tard l'examen nécropsique certifiant les abcès parenchymateux du rein.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION

Cette observation permet de mettre en valeur un certain nombre de faits inhabituels dans les abcès du rein, et tout d'abord :

a) *des faits étiologiques :*

Le pneumocoque n'est qu'exceptionnellement l'agent causal des abcès du rein.

b) *des faits cliniques :*

Il n'existe aucun des symptômes habituellement décrits dans l'évolution des abcès parenchymateux du rein, en particulier :

il n'y a pas de fièvre,
pas de frisson,
pas de signes associés de septicémie.

Toute la symptomatologie s'est bornée à une anurie complète qui a dominé la scène clinique, anurie vite accompagnée d'azotémie à manifestations cliniques uniquement nerveuse et digestive.

Le fait mérite d'être signalé de ces abcès évo-

luant isolément en dehors de toutes les manifestations pneumococciques habituelles.

Pleurale,
Pulmonaire,
Péritonéale,
Péricardique,
Endocarditique.

Enfin cliniquement la présence de pus dans la vessie, pus passant du rein dans le bassinet, est un fait assez rare.

« Dans la majorité des cas, dit Chevassu, l'infection rénale ne communique pas avec les voies excrétrices de l'urine. »

Nous rapporterons ce fait à la particularité anatomique qui l'explique :

Calot et Crabtree indiquent en effet « que les cocci colonisent plus volontiers dans le cortex, évoluant vers la périphérie, donnant des suppurations corticales ».

Le fait sur lequel nous avons insisté à l'examen anatomique était le siège de ces abcès, étendus tant au niveau de la corticale que de la médullaire, certains atteignant le bassinet. Cela suffit à expliquer le passage de pus dans les organes urinaires inférieurs :

bassinets, uretères, vessie.

Particularité anatomique encore : la localisation stricte du pneumocoque sur le rein, à l'exclusion de toute autre localisation habituelle.

en effet les méninges sont libres,
pas d'adhérence entre les feuillets péricardiques,
pas de liquide,
pas de végétations sur l'endocarde,
pas de péritonite.

Reste à discuter l'origine de l'infection rénale.

Habituellement et en dehors des abcès survenant au cours de la lithiasé on n'observe guère que des abcès du rein secondaires à une lésion à distance.

Lésions extrêmement variables.

Cutané :

furuncle, anthrax, plaie,
banale infectée.

Après une angine.

Après nombre d'affections viscérales :

pulmonaires, salpingiennes, utérines.

Le plus souvent il s'agit d'abcès parenchymateux survenant au cours d'une septicémie ou septico-pyohémie, dans ces cas l'établissement de la formule sanguine et le calcul de la numération globulaire révélant alors : l'existence d'une leucocytose

avec polynucléose importante, l'hémoculture positive faisant la preuve de l'état septicémique.

Il faut cependant signaler le fait que l'hémoculture peut être assez souvent négative.

Dans l'observation que nous rapportons, le point de départ est resté totalement inconnu.

L'examen clinique et l'examen post-mortem ne permettent aucune affirmation quant à la porte d'entrée.

Nous avons en effet insisté, à plusieurs reprises, sur le caractère isolé des abcès parenchymateux, l'absence de toute autre manifestation pneumococcique.

L'examen soigneux de la malade n'a pas permis de retrouver de lésions quelconques.

Il n'existait en effet aucune lésion cutanéomuqueuse en particulier aucune lésion gingivo-buccale, non plus que de lésions vulvaire ou utérine.

L'interrogatoire fournit un seul renseignement : l'existence au début du mois d'août d'un épisode qualifié : grippe par la malade et dont on ne sait rien d'autre sinon que le symptôme dominant en fut une rachialgie qui persista 2 à 3 jours pour ensuite disparaître.

Le souvenir de cet épisode initial pourrait, à la rigueur, faire évoquer l'idée d'une septicémie ou septico-pyohémie à pneumocoques, dont la preuve

formelle ne peut être donnée puisque l'hémoculture n'a pas été pratiquée.

De la même façon peut être envisagée l'hypothèse d'une lésion minime totalement passée inaperçue de la malade : angine, pharyngite, épisode pulmonaire atténué sans grande manifestation fonctionnelle, mais là encore il ne s'agit que d'hypothèse puisque l'examen clinique et anatomique n'ont révélé l'existence d'aucune lésion autre que les abcès du parenchyme rénal.

Cependant la légère distension du bassinot constatée des deux côtés peut permettre une autre conception pathogénique.

Après un stade d'hydronéphrose légère avec infection latente, l'infection aurait diffusé au rein par voie ascendante.

CHAPITRE V

LES PERVERS SEXUELS

Les réactions sexuelles de ces sujets présentent le même aspect de persévération excessive d'une pulsion partielle primitive. Elles présentent un défaut de synthèse par absence de maturation de l'évolution des pulsions — c'est la persistance de ces pulsions partielles qui les fait qualifier de perverses. Les troubles notés évoquent la bisexualité originelle de l'être. On retrouve très souvent à la base des dysendocrinies manifestes marquées par des insuffisances réalisant une hypogénitalité. L'homosexualité représente l'amorce de la perversité adulte plutôt qu'une perversion vraie.

Le facteur biologique est souvent bien apparent, tel enfant, par exemple, jouissant du même milieu éducatif que ses frères et sœurs deviendra seul pervers sexuel parce qu'il est atteint biologiquement.

Nous verrons au chapitre des indications thérapeutiques l'intérêt qu'il y a à mettre l'accent sur cette note organique.

CHAPITRE VI

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles seront naturellement différentes suivant la catégorie envisagée.

Dans notre premier groupe de pervers avec arriération affective, il est un point important sur lequel nous voudrions insister, c'est celui de la nécessité de séparation d'avec le milieu familial.

Et plus l'on agira rapidement, meilleurs seront les résultats. On conçoit facilement en effet que l'on n'a pas intérêt à laisser s'organiser les habitudes de l'enfant, à les laisser s'ancrer plus profondément par la répétition de leur satisfaction.

Cette séparation doit être systématiquement pratiquée.

On doit tenter la rééducation « de groupe » avec disciplines globales et contraintes que le milieu familial est impuissant à organiser. Par ce seul moyen l'on fait cesser l'exploitation parentale qui était devenue la raison d'être de l'enfant.

Par ce « surmoi de groupe » on arrive ainsi à éliminer les effets soit du manque d'exemple, soit du

mauvais exemple, ou enfin de l'absence de frein moral du sujet.

Dans d'autres cas on aura avantage à envisager une thérapeutique individuelle, toujours dans une direction éducative, mais en ayant soin de comprendre à fond le psychisme de l'enfant et non se borner à des conseils de morale.

Il faut essayer d'avoir le plus d'influence possible en créant des liens affectifs avec lui, et non en restant en dehors. Quoiqu'il en soit on vise toujours au même but : procurer un surmoi.

Pour le deuxième groupe, les notions précédentes sont naturellement valables, mais il s'agit là le plus souvent de conflits affectifs nettement individualisés, de réactions polarisées sur un membre de la famille par exemple.

L'éloignement amène naturellement une rétrocession des symptômes et des réactions mais n'en supprime pas la cause. Le traitement semble plutôt entrer dans le cadre de la thérapeutique psychanalytique, s'attachant à la résolution de ces conflits éleclifs qui s'expriment à l'extérieur par des réactions très variables : vols, fugue, brutalités.

Il faut le dire, les réactions n'ont souvent, de prime abord, aucun rapport logique avec leur cause apparente.

Cet écart s'explique par la forte affectivité qui colore ces conflits et lui confère ce caractère de brutalité, ce n'est que par l'analyse que l'on saisit l'enchaînement des faits et que l'on en peut obtenir la résolution.

Quant au groupe des pervers vrais, des pervers typiques, l'opinion classique reste juste à leur égard — l'inutilité des efforts thérapeutiques en fait foi. Chez eux en effet la distinction entre noyau et réaction perverse est difficile, sinon impossible à mettre en évidence — il y a correspondance absolue entre les deux. Ils se sont créé un surmoi à leur image.

On doit avoir recours aux différentes institutions qu'on leur réserve ; oscillant entre l'asile ou la prison, on songe à la création d'établissements psychiâtriques de sûreté.

Mais ce sur quoi nous voudrions insister, à propos des indications thérapeutiques chez ces pervers purs, c'est la nécessité de l'absolue sûreté du diagnostic, qui pose en effet ce pronostic inexorable. Il faut bien se dire en effet que l'on doit tout tenter pour assurer la véracité de ce diagnostic avant le placement du sujet. Ne pas hésiter à répéter les examens, même à le mettre en observation, car une fois placé il ne faut plus espérer d'amélioration, et la promiscuité inévitable aura sur lui l'effet de l'ancrer

plus profondément dans son attitude même s'il adopte une discipline toute extérieure et qui n'entamera en rien sa personnalité.

Quant au groupe des pervers sexuels, nous avons vu qu'ils réalisaient le plus souvent le type des hypo-génitaux. Il paraît essentiel de hâter chez eux, par les moyens thérapeutiques en notre pouvoir, leur maturation, et pour ce faire il faut agir rapidement, et avant la puberté ; il semble en effet que l'action thérapeutique soit inefficace après cette période.

Les méthodes que nous possédons dans ce domaine se sont enrichies de produits nouveaux ; en effet aux extraits de lobe antérieur d'hypophyse, aux extraits orchitiques et surrénaux se sont adjointes les préparations à base de testostérone qui semblent donner des résultats très intéressants.

Mais quoi qu'il en soit, à côté des traitements soit d'ordre psychologique soit d'ordre endocrinien, il faut en tout cas penser à la possibilité d'une étiologie soit héréditaire, soit acquise :

L'encéphalite est une cause très importante, avec l'hérédo syphilis — il faut les rechercher systématiquement au moindre signe, faire un traitement actif, et même certains auteurs préconisent un trai-

tement spécifique systématique en présence d'un cas de perversion, — sans tenir compte de réactions humorales négatives.

Il faut aussi penser à la possibilité d'un mode de début de démence **précoce**.

Tels sont donc les problèmes si importants que posent les réactions perverses chez l'enfant. Nous voyons les différentes données thérapeutiques qui en sont la conséquence et la difficulté souvent grande de leurs indications.

CONCLUSIONS

Nous voyons donc par ce trop court exposé la multiplicité des catégories de réactions perverses chez l'enfant.

L'essai de classification que nous en avons tenté est bien plus basé sur la notion « pronostic et efficacité thérapeutique » qui nous a semblé capitale, que sur la gravité et les conséquences médico-légales de ces réactions.

Ce que nous avons voulu, en effet, c'est mettre en évidence le côté en général favorable de ces manifestations, chez l'enfant, et surtout l'intérêt qu'il y a à intervenir le plus précocement possible — de cette précocité, aussi, dépend le pronostic. — Beaucoup de ces réactions, ainsi que nous l'avons vu, sont le plus souvent « habitudes » que nettement constitutionnelles ; constatation d'où découlent les indications thérapeutiques que nous avons essayé

d'esquisser ; répétons ici l'intérêt de pratiquer en tout cas un traitement spécifique d'une façon presque systématique.

Nous voudrions encore insister sur l'extrême importance qu'il y a à distinguer le « noyau pervers », des réactions elles-mêmes — noyau dont la cohésion, l'aspect homogène, la solidité sont des éléments d'une valeur considérable pour le pronostic — tandis que l'acte lui-même, si violent, si choquant qu'il paraisse pour la morale et si dangereux qu'il soit pour la société n'est qu'un facteur de signification minime au point de vue psychologique, pronostique ou thérapeutique.

Enfin nous voyons une sorte de fragmentation de la notion de perversion, et la tendance très nette à restreindre de plus en plus le groupe autrefois prédominant de ces pervers purs, indifférents, inadaptables et inintimidables, restriction se faisant au profit des autres catégories de pronostic moins fatal, au profit de ces attitudes plutôt constituées par un élément négatif, par une sorte de lacune : le défaut d'inhibition, que par un trouble positif à proprement parler. Ces manifestations qui sont plus « réaction » qu'action vraie résultent d'un manque

de maturation, d'un défaut d'évolution dans la sphère affective amenant à un état d'arriération sinon de régression affective.

Vu : *Le Doyen*,
Tiffeneau.

Vu : *Le Président*,
Laignel-Lavastine.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. Rousset.

BIBLIOGRAPHIE

- Benon R.* — Perversions instinctives et perversité. Responsabilité pratique (Ann. d'hyg. 1919, 4 s. xxxii).
- Bonaparte (Princesse Marie).* — Introduction à la théorie des instincts. (Revue fr. de psychanalyse 1929.)
- G. Paul-Boncour.* — Sur l'homosexualité juvénile ses types — sa genèse. (Progrès médical, n° 16, 20 avril 1926. P. 685.)
- Codet et Laforgue.* — Les arriérations affectives, la Schizonoïa. (Evol. psychiâ. 1925.)
- Delgado H.* — Psicología general y psicopatología de las tendencias instintivas. (Rev. Neurol. psiquiat. I : 255-353-1938.)
- Dromard et Levassort.* — Deux cas de perversion instinctive avec précocité sexuelle remarquable. (Ann. méd. psych. 1905-9 s. II, 269-274.)
- Dupré.* — Les perversions instinctives. (Rapport au Congrès des Médecins neurologistes et aliénistes de langue française. Tunis 1912.)

Ey et Rouart. — Exposé des théories de Jackson. (Encephale).

Falret J. — Des obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives.) (Cong. Intern. méd. ment. Paris 1890.)

Faures. — Contribution à l'étude de l'enfance coupable (l'âge d'apparition des perversions instinctives). (Thèse de Lyon 1936-1937.)

Freud A. — Introduction à la psychanalyse des enfants. (Revue fr. de psychanalyse 1928.)

Freud S. — Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris 1925.

Guiraud P. — Constitution perverse ou héboïdophrénie. (Société de Clinique de Médecine mentale, 1927.)

Hesnard. — L'évolution des instincts.

Jaspers K. — Psychopathologie générale. Paris 1933.

Jones E. — Die Psychoanalyse und die Triebe. (Imago 22 : 129-146 1936.)

Kretschmer. — Psychologie médicale.

Laforgue R. — A propos du surmoi. (Revue fr. de psychanalyse 1927.)

Levassort. — Quelques cas de perversions instinctives chez des enfants : satyriasis et nymphomanie infantiles. (Ann. méd. psychol. 1908-9 s. VIII-118.)

Loosli Usteri. — Les enfants difficiles et leur milieu familial. (Genève.)

Magnan. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris 1893.

Mâle P. — Le groupe des pervers infantiles. (Evol. psychiatrique, fascic. VI, 1938.)

Mâle P. — Contribution à l'étude de l'hérédosyphilis dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfance. Thèse Paris 1927.

Marcault et Th. Brosse. — L'éducation de demain. Paris 1939.

Marnier. — Les perversions instinctives. Thèse de Paris, 1912.

Morgenstern S. — Les bourreaux domestiques (Evolution psychiatrique 1934.)

Morgenstern S. — Structure de la personnalité et ses déviations. (Revue fr. de psychanalyse 1938.)

Odier Ch. — Contribution à l'étude du Surmoi et du phénomène moral. (Rev. fr. de psychanalyse, 1927.)

Pichon Edouard. — Le développement physique de l'enfant et de l'adolescent. (Paris 1936.)

Potet. — Notes sur les psychopathes frustes dits « pervers instinctifs ». (Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, Rabat 1933. Annales médico-psychol. 1933.)

Robin. — Les pervers. Evolution psychiatrique, 1934.

Soulairac. — Les réactions pseudo-mélancoliques chez les pervers. Thèse de Paris 1937.

Wallon. — L'Enfant turbulent, 1925.

11